

新型コロナウイルス感染症に係る  
国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

被保険者情報	被保険者証 記号番号	03-99	9999	世帯主氏名	港太郎								
	(フリガナ) 氏名	ミナト ハナコ 港花子			生年月日	平成元年1月1日							
	住所	港区芝公園1-5-25											
世帯主の振込口座	金融機関 名称	国保 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> ・信金・信組 その他( )			港 支店								
	預金別	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通</span> ・当座 その他( )			口座番号		1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人氏名 (カタカナ)	ミ	ナ	ト	タ	ロ	ウ						
		※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字とし、姓と名の間は1字空けてください。											

上記のとおり申請します。

世帯主 住 所 港区芝公園1-5-25

日中連絡の取れる  
電 話 番 号 03-1234-5678

氏 名 港太郎

世帯主の方の署名、または記名押印をお願いします。

(宛先) 港区長

以下には記入しないでください。

保険者 記入欄	支給決定額	
	円	

受付	<input type="checkbox"/> 郵送	確認	<input type="checkbox"/> 世帯主	確認	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 番号カード*	受付
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 対象者		<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 住基カード*	
			<input type="checkbox"/> 同一世帯(続柄 )	<input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> 在留カード*	
			<input type="checkbox"/> 代理人(続柄 氏名 )	<input type="checkbox"/> その他( )			



こちらは事業主にお渡しください（第3面）

記入例3

### 新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

労務に服することができなかった期間を含む給与等計算期間の勤務状況、給与等支払状況等を記入してください。

被保険者氏名		港 花子																
①新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる場合を含みます。）により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。														左記の事由による 無給休暇の日数				
令和2年3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	10	日	
	16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30			31
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	シフト表などで勤務予定だった日を記入してください									
②新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる場合を含みます。）により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は/】でそれぞれ表示してください。														賃金が生じた日数の計 （○、△、＝の計）				
令和元年12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	△	11	12	13	14	15	10	日	
	16	△	17	18	9	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			30
令和2年1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	△	14	15	9	日	
	16	17	18	19	△	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			30
令和2年2月	1	2	3	4	5	△	7	8	9	10	11	12	13	14	15	8	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
令和2年3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15	6	日	
	16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30			31
②の期間に対して、賃金を支払いましたか。	1 はい		給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給		賃金計算	締日 毎月末日											
	2 いいえ			<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給			支払日 1 当月 25 日											
				<input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他														
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除きます。																		
期間区分	単価（円）	1月 1日 ~ 1月 31日 分				2月 1日 ~ 2月 29日 分				3月 1日 ~ 3月 31日 分								
		(A) 支給額（円）				(B) 支給額（円）				(C) 支給額（円）								
基本給	100000	100000				90000				80000								
時給																		
手当																		
手当																		
手当																		
現物給与																		
計		100000				90000				80000								
賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）												270000円						
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																		
月給の場合必ず記入してください																		
令和2年4月5日																		
上記のとおり相違ないことを証明します。																		
事業所の所在地 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号																		
事業所の名称 (株)国保サービス																		
事業主の氏名（※） 国保 花子 (国保) ※所得税法上の給与が対象です																		
担当者氏名		国保 三郎				電話番号		123-456-7890										

発症初日の月を含む、前4か月を記入してください

・内訳を記入してください  
・交通費など課税対象外のものは含みません  
・発症の日によって追記をお願いすることがあります

(※) 代表者の署名又は記名押印をお願いします。

こちらは医療機関にお渡しください

記入例4

新型コロナウイルス感染症に係る  
国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

患者氏名	港 花子		生年月日	平成 元 年 1 月 1 日	
傷病名	新型コロナウイルス感染症 による呼吸器疾患（肺炎）	初診日	令和 2 年 3 月 13 日		
発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日		発病の原因	不詳	
労務不能と 認めた期間	令和 2 年 3 月 13 日から	令和 2 年 3 月 31 日まで			
労務不能と認 めた期間のう ち、入院期間	令和 2 年 3 月 13 日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費（感染症）		
	令和 2 年 3 月 31 日まで		転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
医療機関が記入してください。 診療日及び入院 していた日を○ で囲んでください。	令和2年 3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数	19 日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数	日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数	日	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果及び療養指導」等を詳細に記入してください。					
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/13初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。			手術年月日	年 月 日	
			退院年月日	令和2年 3 月 31 日	
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見					
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。					
後遺症は対象外です			令和 2 年 4 月 10 日		
上記のとおり相違ありません。					
医療機関の所在地	△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号				
医療機関の名称	国保総合病院				
医師の氏名	国保 四郎	国保	電話番号	345-678-9012	

医師の署名又は記名押印をお願いします。